FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

48°

ANNÉE 1929 N° 120

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**Wagner Joseph**

Né à Reims, le 16 décembre 1887

*Ancien Interne des Hôpitaux de Reims et de Versailles*

# LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROIDIENNE ET TRACHÉOTOMIE

*Président :* M. P. SÉBILEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 N°

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**Wagner Joseph**

Né à Reims, le 16 décembre 1887

*Ancien Interne des Hôpitaux de Reims et de Versailles*

# LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROIDIENNE ET TRACHÉOTOMIE

*Président :* M. P. Sébileau, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LE DOYEN..... M. ROGER

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | ROUVIÈRE |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale | CUNÉO |
| Physiologie | ROGER |
| Physique médicale | STROHL |
| Chimie médicale | DESGREZ |
| Bactériologie | LEMIERRE |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ |
| Pathologie médicale | N... |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE |
| Anatomie pathologique | ROUSSY |
| Histologie | CHAMPY |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | M. VILLARET |
| Thérapeutique | LOEPER |
| Hygiène et médecine préventive | TANON |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY |
| Clinique médicale | CARNOT<br>BEZANÇON<br>ACHARD<br>N... |
| Hygiène et clinique de la première enfance | LEREBOULLET |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER |
| Clinique de la tuberculose | Léon BERNARD |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>HARTMANN<br>LEJARS<br>GOSSET |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN |
| Clinique urologique | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE<br>BRINDEAU<br>JEANNIN |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBRÉDANNE |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SÉBILEAU |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Pierre DUVAL |
| Clinique propédeutique | SERGENT |
| Professeur sans chaire | BRANCA |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI | Pathologie médicale. |
| ALAJOUANINE | Neurologie et pshychiâtrie. |
| AUBERTIN | Pathologie médicale. |
| BASSET | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BROCQ | Pathologie chirurgicale. |
| BRULÉ | Pathologie médicale. |
| CADENAT | Pathologie chirurgicale. |
| CHABROL | Pathologie médicale. |
| CHIRAY | Pathologie médicale. |
| CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ | Hygiène. |
| DOGNON | Physique. |
| DONZELOT | Pathologie médicale. |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ÉCALLE | Obstétrique. |
| FIESSINGER | Pathologie médicale. |
| GARNIER | Pathologie expérimentale. |
| GATELLIER | Pathologie chirurgicale. |
| GIROUD | Histologie. |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| HUTINEL | Pathologie médicale. |
| JOYEUX | Parasitologie. |
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngologie. |
| LEROUX | Anatomie pathologique. |
| LÉVY-SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale. |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| MERCIER (Fernand) | Pharmacologie. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE | Pathologie chirurgicale. |
| MULON | Histologie. |
| OBERLING | Anatomie pathologique. |
| OLIVIER | Anatomie. |
| PHILIBERT | Bactériologie. |
| QUÉNU | Pathologie chirurgicale. |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| SÉZARY | Dermatologie et syphiligraphie. |
| VALLERY-RADOT (Pasteur) | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL | Obstétrique. |
| VELTER | Ophtalmologie. |
| VERNE | Histologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM. | |
|---|---|
| BUSQUET | Pharmacologie. |
| GUÉNIOT | Obstétrique. |
| LEQUEUX | Obstétrique. |
| NEVEU-LEMAIRE | Parasitologie. |
| REMEREER | Histologie. |
| ZIMMERN | Physique. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

| MM. | |
|---|---|
| ALGLAVE | Clinique chirurgicale. |
| AUVRAY | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE | Clinique médicale. |
| LE LORIER | Clinique obstétricale. |
| LERI | Clinique médicale. |
| MOCQUOT | Clinique chirurgicale. |
| PROUST | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ | Clinique chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| MM. | |
|---|---|
| MAUCLAIRE, agrégé | Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| MREY | Stomatologie. |
| CHAILLEY-BERT | Education physique. |
| LEDOUX-LEBARD | Radiologie clinique. |
| LEREBOULLET | Puériculture. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

---

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR TOURTELOT

A MA FEMME

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/laryngotomieinte0000wagn

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SÉBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a inspiré et guidé cette thèse et à qui nous sommes profondément reconnaissant de l'affection bienveillante qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE REIMS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES

# INTRODUCTION

La trachéotomie est une opération toujours délicate et émouvante. Très fréquemment, surtout dans les cas impérieux, on la pratique avec angoisse et difficulté.

Cependant, la trachéotomie, faite comme nous l'indiquons, lentement, méthodiquement, à sec, est seulement une opération chirurgicale un peu complexe, dont le premier temps dans le cas d'extrême urgence peut être une laryngotomie intercrico- thyroïdienne.

Notre Maître le Professeur Sébileau nous inspira l'idée de cette thèse et nous aida de ses bienveillants conseils.

# HISTORIQUE

La trachéotomie a été pratiquée de tout temps.

L'idée d'ouvrir à l'air une voie artificielle, dans le cas d'obstruction des voies aériennes, doit remonter aux premiers âges de la civilisation ; elle a dû se présenter à l'esprit des médecins qui possédèrent cette grossière notion d'anatomie du passage de l'air à travers la trachée.

Cependant, pendant des siècles, on redouta, on n'osa pas pratiquer la trachéotomie.

Ambroise Paré fait encore la section transversale entre les anneaux. Fabrice d'Aquapendente n'osa l'entreprendre. « Mais ce qui augmente encore la peur de nos chirurgiens, disait-il en 1670, c'est qu'ils craignent d'offenser les veines ou les artères jugulaires ou les muscles ou les nerfs, mais surtout l'infamie et le déshonneur, parce qu'encore que l'opération soit exécutée heureusement, néanmoins, si le malade vient à mourir, on rejette la faute sur l'incision. »

C'est pourquoi les chirurgiens cherchent à lui substituer une autre opération moins effrayante, et c'est ainsi qu'en 1776, Vicq d'Azyr, chirurgien français, décrivit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, mais ne l'exécuta pas sur l'homme.

Cette nouvelle opération fut adoptée par Fourcroy, par Desault. Roux, d'après Malgaigne, l'aurait pratiquée trois fois. Sestier, dans un travail sur l'angine œdémateuse, cite sept faits dans lesquels on s'est ouvert un passage par le ligament crico-thyroïdien.

Néanmoins, elle tomba dans l'oubli et, quoique bien des chirurgiens eussent recommandé la section de l'espace crico-thyroïdien pour créer à l'air une voie artificielle, elle ne fut exécutée qu'un petit nombre de fois dans l'espace d'un siècle (seize fois).

Krishaber, à qui elle suggéra la canule à mandrin conique, la pratiqua de nouveau en 1876. Nicaise et Richelot la défendirent à la Société de Chirurgie ; mais elle n'eut guère d'adeptes.

Cependant, dès 1853, Decès, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, l'un des premiers, sinon le premier, décrivait « un nouveau procédé de trachéotomie ou de laryngotomie » dans lequel il incisait l'espace compris entre le cricoïde et le premier anneau de la trachée, ainsi que les deux premiers anneaux. C'était, disait-il, une intervention simple, facile, sans danger ; on attaquait la trachée-artère par son

point le plus superficiel et le plus facile à trouver ; on n'intéressait ni vaisseaux, ni nerfs, ni muscles, ni glandes, ni cartilages ; on pouvait ouvrir la trachée sur une étendue plus considérable que par tout autre procédé, et cette ouverture permettait de placer et de conserver à demeure des canules capables d'entretenir largement la respiration.

C'est là l'indication première, actuelle, basée sur des raisons anatomiques, de la trachéotomie haute.

La trachéotomie basse, préconisée par Trousseau, que l'on pratique sur les quatrième, cinquième, sixième et septième anneaux de la trachée, n'a que des indications exceptionnelles.

# RAPPEL ANATOMIQUE

Le peu de profondeur et la nudité de l'arbre aérien entre le thyroïde et le cricoïde, la sûreté de ces deux cartilages comme points de repère fixes rendent facile, rapide et non dangereuse l'opération de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Il n'en est pas de même pour la trachéotomie.

Le canal trachéal, en effet, se dirige obliquement en bas et en arrière, si bien que, séparé de la peau à son origine par un intervalle de moins d'un centimètre, il en est distant, au niveau de la fourchette sternale, de trois centimètres et demi. D'autre part, suivant l'expression imagée de notre Maître le Professeur Sébileau, il est « habillé », au niveau des deuxième, troisième et quatrième anneaux, par l'isthme du corps thyroïde, organe très vasculaire qu'il faut sectionner au cours de l'intervention, et au-dessous de l'isthme par les arcades veineuses des veines jugulaires antérieures, les grosses veines thyroïdiennes médianes qui descendent vers le tronc

brachéo-céphalique gauche, la veine jugulaire profonde de Tillaux et l'artère thyroïdienne moyenne de Neubauer. Enfin, il n'existe plus, comme en haut de l'arbre aérien, de jalons, de points de repère fixes en relief, mais une chaîne d'anneaux, semblables les uns aux autres, flexibles, déformables, au milieu d'un tissu cellulaire lâche.

C'est pourquoi il faudra toujours ouvrir la trachée le plus près possible de son origine, là où elle est superficielle, comme à fleur de peau, « habillée » seulement par l'isthme du corps thyroïde, dont l'hémostase est facile.

La trachéotomie basse sur les quatrième, cinquième et sixième anneaux, préconisée par Trousseau, est une opération plus difficile, l'hémostase de grosses veines dans un trou cellulaire lâche étant très délicate.

# LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROIDIENNE

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Pratiquée avec le branchiotome aplati par Vicq d'Azyr, ensuite par Verneuil et Krishaber avec le thermo ou le galvano-cautère, la ponction de la membrane tyro-cricoïdienne se fait actuellement à l'aide d'un trocart pourvu d'une petite canule plate.

On emploie soit la canule de Butlin Poirier, soit le trocart de Botey.

La canule de Butlin-Poirier se compose d'une canule aplatie dont la forme s'adapte à l'espace qui sépare le cricoïde du thyroïde, et d'un mandrin à bout ovoïde aiguisé en trocart. On évite ainsi toute pénétration de sang dans la trachée.

La technique est d'une extrême simplicité.

Après avoir repéré facilement le bord inférieur du cartilage thyroïde et fixé le larynx de la main

gauche, on pratique une courte incision horizontale d'un centimètre et demi, entre le thyroïde et le cricoïde, puis le trocart est introduit à travers la membrane et basculé vers le bas, pour éviter de blesser la paroi postérieure du canal aérien. La canule est maintenue tandis qu'on retire le trocart, et on la fixe avec des rubans passés autour du cou.

La canule du trocart de Botey porte, à un centimètre de la pointe, une rainure transversale qui indique le degré de profondeur. Dès que cette rainure est sur le point de pénétrer dans les tissus, on sort le trocart et on enfonce le bec de la canule en bas et en arrière, vers les premiers anneaux de la trachée. De la sorte, la pointe du trocart ne peut blesser la paroi postérieure du larynx et de la trachée.

Il ne faut que vingt secondes pour mener à bien cette intervention inoffensive, exangue, efficace et très facile.

### *Inconvénients*

Le maintien de la canule ainsi placée présente un grave inconvénient, sur lequel Moure a insisté.

Sa présence à l'intérieur de l'anneau cricoïdien détermine l'apparition d'un œdème chronique et même la production de lésions ulcéreuses occasionnant l'immobilisation des cordes vocales en position

médiane. D'où une sténose qui empêchera la décanulation de l'opéré et des troubles vocaux plus ou moins prononcés.

D'autre part, la laryngotomie, étant donné le siège élevé du segment sur lequel elle porte, risque souvent de ne pas laisser d'espace entre la lésion obstruante et la bouche aérienne ; quelquefois même, elle risque de passer en plein dans les lésions.

La vérité est que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération capable de rendre dans les cas d'urgence de tels services que pas un praticien ne devrait négliger d'avoir dans son arsenal, soit la canule de Butlin-Poirier, soit le trocard de Botey.

# TRACHÉOTOMIE
# TECHNIQUE OPÉRATOIRE

*Procédé de notre Maître le Professeur Sébileau*

« La meilleure façon de faire une trachéotomie est de l'exécuter lentement. » Telle est la formule lapidaire de notre Maître le Professeur Sébileau.

La trachéotomie de fortune est à rejeter. Le médecin et le chirurgien qui peuvent se déplacer facilement doivent toujours ou presque faire la trachéotomie en temps opportun. Cette intervention sera invariablement menée à bien en employant le procédé suivant :

### 1° *Anesthésie locale*

Dans tous les cas, il faut faire l'anesthésie locale et jamais l'anesthésie générale.

C'est qu'en effet un malade qui, dans la position

debout ou assise, respire déjà difficilement, respire encore plus mal dans la position horizontale, et *a fortiori* la tête en extension.

On utilisera soit la solution novocaïne adrénaline à 1 pour 100, soit la solution stovaïne adrénaline au même taux.

### 2° *Incision*

Faire une longue incision depuis la pomme d'Adam jusqu'au creux sus-sternal.

### 3° *Isolement de la face antérieure de la trachée, section de l'isthme thyroïdien*

La peau étant incisée, rechercher la ligne blanche cervicale comprise entre les sterno-hyoïdiens, sectionner les aponévroses cervicales superficielle et moyenne au niveau du raphé médian, libérer à la sonde cannelée et écarter les lèvres musculaires sur toute l'étendue de la plaie.

Repérer le cricoïde et la membrane crico-thyroïdienne, bien les dénuder.

Découvrir l'isthme thyroïdien qui apparaît comme une masse brunâtre, isoler avec l'extrémité mousse des ciseaux sa paroi postérieure adhérente à la trachée. Couper l'isthme verticalement et pincer avec des Kocher les deux tranches cruentées qui saignent, les lier avec un catgut.

Faire une hémostase attentive et soignée et lier séparément les petits vaisseaux qui peuvent encore saigner en dehors de l'isthme thyroïdien, organe très vasculaire. L'écartement des lèvres musculaires par un aide facilite beaucoup ce temps important.

A ce moment, on aperçoit, au fond de la large plaie tégumentaire, la trachée blanche, nette, exangue.

### 4° *Extériorisation de la trachée*

Avec une aiguille de Reverdin très courbe, on passe, par le travers de la paroi trachéale, à droite et à gauche, un fil qui entre dans la cavité trachéale et en ressort après avoir embrassé les deux premiers anneaux.

On passe ensuite chaque fil à travers la tranche musculo-tégumentaire, symétriquement, et on noue.

### 5° *Suture des lèvres de l'incision*

On suture ensuite les deux lèvres musculaires, puis les deux lèvres cutanées, sur toute l'étendue de la longue incision, sauf en haut, à la partie supérieure de la trachée, sur une étendue de trois centimètres environ, à l'endroit où elle est maintenant superficielle, à fleur de peau.

### 6° *Incision de la trachée et introduction de la canule*

Après injection de quelques gouttes de la solution

de novocaïne à 1 pour 100 dans la lumière du conduit, ce qui supprime toute réaction de toux au moment où, deux ou trois minutes après, on ouvre la trachée bien sur le milieu de sa paroi antérieure, et où l'on fait une « véritable trachéostomie ».

L'incision de la trachée doit être assez courte pour que la canule que l'on place très aisément entre à frottement dans la bouche trachéale.

L'éclairage frontal facilite cette manœuvre.

On peut, lorsqu'il faut aller plus vite, pratiquer l'ouverture trachéale d'abord et suturer ensuite.

Pendant tout le temps de l'opération de la trachéotomie, le chirurgien devra, par son autorité, son calme, sa douceur, rassurer, réconforter le malade toujours angoissé, anxieux, dyspnéique, et lui faire entrevoir un bien-être certain et prochain.

Il est des cas cependant où le malade cyanosé est en état d'asphyxie imminente, et que ses instants sont comptés. Que faire ?

Inciser, comme il a été dit, de la pomme d'Adam au creux sus-sternal, repérer le thyroïde et le cricoïde ensuite, et faire la simple, la rapide, la facile ponction de la membrane crico-thyroïdienne. Après quelques instants, lorsque le malade, ayant suffisamment respiré, ne sera plus en crise asphyxique, on continuera par la trachéotomie selon le procédé que nous venons de décrire.

# INDICATIONS DE LA LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROÏDIENNE ET DE LA TRACHÉOTOMIE

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est indiquée :

1° Dans les cas d'extrême urgence d'obstruction laryngée siégeant dans la région sus-glottique et nécessitant la création immédiate d'une communication avec l'air extérieur ;

2° Comme moyen de protection (pour éviter la chute de sang ou de débris dans les voies aériennes) et d'anesthésie (avec le dispositif de Sébileau-Lemaître s'adaptant à la canule de Butlin), dans :

a) Les pharyngotomies ;

b) L'extraction des fibromes naso-pharyngiens ;

c) L'excrèse linguale ;

d) Les opérations sur les maxillaires.

3° Pour injecter dans la trachée et les bronches des substances médicamenteuses.

La trachéotomie, qui donne une bouche plus large, durable, est indiquée dans tous les cas d'obstruction laryngée, c'est-à-dire :

1° Dans les corps étrangers, s'il y a menace d'asphyxie ;

2° Dans les tumeurs malignes, lorsqu'il faut placer une canule à demeure ;

3° Dans tous les œdèmes laryngés, lorsqu'il y a suffocation ;

4° Dans les rétrécissements, pour permettre la dilatation rétrograde, après échec des traitements par les voies naturelles ;

5° Dans les abcès endo et surtout péri-laryngés, en cas d'extrême urgence.

# CONCLUSIONS

I. — Le conduit laryngo-trachéal comprend deux portions :

L'une, au-dessus du corps thyroïde, est superficielle, facile à atteindre ; sa face antérieure ne présente pas de rapports vasculaires importants.

L'autre, au-dessous du corps thyroïde, est profonde, difficile à aborder, en rapport direct avec les gros vaisseaux du cou et avec des plexus veineux importants.

C'est donc sur la région supérieure, superficielle, que doivent porter les opérations d'urgence, destinées à assurer la pénétration de l'air dans les voies respiratoires.

II. — Cette portion supérieure, superficielle, du conduit laryngo-trachéal présente deux points faciles à atteindre et à effondrer :

La membrane intercrico-thyroïdienne ;

Les deux ou trois premiers anneaux de la trachée.

Donc, deux opérations possibles :

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne ;
La trachéotomie.

III. — La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération extrêmement simple.

On la pratiquera de préférence à l'aide du trocart de Butlin-Poirier, après incision de la peau.

La trachéotomie, plus longue, demande plus de précautions ; elle est relativement facile, à condition de :

1° Employer l'anesthésie locale ;

2° Faire une longue incision, qu'il n'y a aucun inconvénient à prolonger du cartilage thyroïde au creux sus-sternal ;

3° Découvrir et dénuder complètement la face antérieure de la tranchée, après section et ligature de l'isthme du corps thyroïde ;

4° Faire une hémostase parfaite ;

Toutes choses qui supposent qu'on n'est pas pressé par les événements.

IV. — La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération transitoire ; elle est indiquée dans tous les cas où il faut secourir rapidement et temporairement la respiration.

V. — La trachéotomie, au contraire, est préférable dans tous les cas où il faut assurer une bouche du-

rable, et à plus forte raison une bouche permanente. Elle doit être employée dans l'immense majorité des cas.

Mais, étant donné qu'il faut ouvrir la trachée, que faire ?

La trachéotomie ?

La trachéostomie ?

La trachéostomie a sur la simple trachéotomie les avantages suivants :

1° D'éviter la chute du sang dans la trachée ;

2° D'éviter les deux graves et fréquentes complications de la trachéotomie :

*a*) L'expulsion de la canule et la difficulté, sinon l'impossibilité, de sa remise en place ;

*b*) La suppuration du tissu cellulaire péri-trachéal.

3° De faciliter toutes les opérations laryngo-trachéales, partant la mise en place de la canule.

D'autre part, lorsqu'on veut fermer ou laisser se fermer la bouche trachéale, les choses se passent aussi bien et même mieux après la trachéostomie qu'après la simple trachéotomie.

VI. — La trachéotomie chez un sujet qui asphyxie et dont les instants sont comptés, la trachéotomie qu'on est obligé de faire très vite, sans en décomposer les temps, est une opération si dramatique, si difficile, qu'il vaut mieux faire d'emblée la facile laryngotomie intercrico-thyroïdienne, et enfin, la

respiration assurée, terminer par la trachéotomie réglée, méthodique, selon le procédé de notre Maître le Professeur Sébileau.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président*,
P. SÉBILEAU.

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris*,

Pour le Recteur :
*L'Inspecteur d'Académie*,
A. MAURELLET

# BIBLIOGRAPHIE


*Blondin.* — Traité d'anatomie topographique, 1834.

*Botey.* — Bulletins et Mémoires de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1907.

*Bourguet.* — Sur la bronchotomie. (Th. de Montpellier, 1844.)

*Castagné.* — Contribution à l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (Th. de Paris, 1885.)

*Choukry.* — De la trachéotomie et de la laryngologie intercrico-thyroïdienne au moyen des instruments incandescents. (Th. de Paris, 1878.)

*Deces.* — Sur un nouveau procédé de trachéotomie ou de laryngologie. (Union Médicale, 1853, T. VII, nos 51, 53, 54.)

*Desault.* — Œuvres chirurgicales, T. II, 1813.

*Escat.* — Technique oto-rhino-laryngologique.

*Fourcroy.* — De nova laryngotomiae méthodo. (Th. de Paris, 1779.)

*Guillemet.* — Traitement par la laryngotomie et la thyrotomie de la tuberculose laryngée. (Th. de Paris, 1912-13.)

*Hameau.* — De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne par le thermocautère. (Th. de Paris, 1882.)

*Krishaber.* — Annales des maladies de l'oreille, 1878.

*Lannois, Lermoyer, Moure, Sébileau.* — Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie.

*Launay (De).* — De la laryngotomie intertrico-thyroïdienne. (Th. de Paris, 1882.)

*Laurens.* — Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.

*Lenoir.* — Sur la bronchotomie, 1841.

*Leseigneur.* — Etude sur la laryngotomie (tailles layngées). (Th. de Paris, 1894-95.)

*Malgaigne et Le Fort.* — Médecine opératoire, T. II, 1877.

*Nicaise.* — De la laryngotomie intertrico-thyroïdienne au thermocautère avec application de la canule à bec de Krishaber. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1878.)

*Parrel (De).* — Oto-rhino-laryngologie. Documents pour le praticien.

*Poirier.* — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1905.

*Richelot.* — Laryngologie intercrico-thyroïdienne. (Union Médicale, 1882.)

— Laryngotomie intertrico-thyroïdienne. (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1886.)

*Rosenthal.* — Injections intercrico-thyroïdiennes à l'aiguille courbe. (Paris Médical, 31 mars 1923.)

*Roser.* — Pathologie chirurgicale.

*Roux.* — Archives Médicales, 1831, T. XXVII.

*Sébileau.* — Technique de l'extirpation totale du larynx. (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1910.)

— Conseils pratiques pour la trachéotomie. (Paris Médical, 1er septembre 1923.)

*Sestier.* — Sur la bronchotomie dans un cas d'angine laryngée œdémateuse, 1850.

*Vicq d'Azyr.* — Communication à la Société Royale de Médecine, 1876.